|  |  |
| --- | --- |
| [Nome società]  [Slogan società]  [Via e numero civico]  Telefono [Numero di telefono]  Fax [Numero di fax] | FATTURA |
| Fattura n.[100]  Data: [Selezionare la data] |

|  |  |
| --- | --- |
| A:  [Nome]  [Nome società]  [Via e numero civico]  [Codice paese - CAP Città (Provincia)]  [Numero di telefono] | Per:  [Descrizione o servizio del progetto]  Ordine n. [A24] |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| DESCRIZIONE | ORE | TARIFFA | QUANTITÀ |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  | TOTALE | |  |

|  |
| --- |
| Intestare tutti gli assegni a [Nome società]  Saldo entro 15 giorni. In caso di pagamento dopo la scadenza verrà addebitata una commissione dell'1% mensile. |
| Grazie per la fiducia accordataci. |